

 Hôpitaux Universitaires Genève	Référentiel institutionnel médico-soignant	Référence : HUG_000001366
	Approbateur : ORSO Nadia	Version n° 1.0
<b>Premier lever d'un ou une patiente adulte, après une intervention chirurgicale ou après un examen invasif, sans pose de drain ni restriction de mobilisation</b>		
Processus : Prise en charge du patient	Sous-processus : Prise en charge médico-soignante	Approuvé le 22/07/2025

## 1. Résumé

Cette procédure décrit les modalités de réalisation du premier lever d'un ou une patiente ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale ou ayant subi un examen invasif, sans pose de drain ni restriction de mobilisation.

## 2. Domaine d'application et portée

Cette démarche s'applique à l'ensemble des patientes et patients ayant :

- bénéficié d'une intervention chirurgicale, sans pose de drain, en électif ou en urgence,
- subi un examen invasif
- n'ayant aucune restriction de mobilisation

## 3. Définitions (objet et contexte)

Le premier lever se définit comme l'action de mobiliser un ou une patiente en le ou la faisant passer de la position allongée à la station debout, puis à effectuer quelques pas ou s'assoir au fauteuil, après une intervention chirurgicale ou un examen invasif, sans pose de drain ni prescription restreignant la mobilité

## 4. Indications

- Maintenir l'autonomie de la ou du patient et favoriser une récupération fonctionnelle optimale.
- Prévenir les complications associées au décubitus prolongé, notamment les complications respiratoires (atélectasie, encombrement bronchique), thrombo-emboliques (stase veineuse, thrombose veineuse profonde), cutanées (escarre), digestives (constipation, fécalome) et urinaires (rétentions et infection)
- Appliquer les recommandations de la Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAC)
- Favoriser le bien être psychologique

## 5. Contre-indications :

- Contre-indications absolues
  - Instabilité hémodynamique non contrôlée
  - Hémorragie active
  - Douleur non maîtrisée
  - Altération de la conscience
  - Prescription médicale de maintien au lit ou de repos
- Contre-indications relatives : A évaluer avec l'infirmier ou l'infirmière et la ou le médecin
  - Vertiges ou nausées
  - Fatigue, Asthénie
  - Recommandations liées à la typologie de la chirurgie
  - Saignement de la plaie opératoire
  - Anxiété importante du patient face à la mobilisation

Premier lever d'un ou une patiente adulte, après une intervention chirurgicale ou après un examen invasif, sans pose de drain ni restriction de mobilisation

## 6. Précautions /Prévention

- Toute contre-indication doit être discutée avec l'équipe médico-soignante
- Si des contre-indications relatives sont présentes ou des recommandations liées à la typologie de la chirurgie, adapter la mobilisation (mobilisation passive ou semi active, lever progressif avec soutien)

## 7. Matériel :

- Pour la sécurité et le confort du ou de la patiente :
  - Chaussons ou chaussures adaptés
  - Fauteuil ou chaise stable avec accoudoirs
  - Moyens de transfert adaptés si nécessaires (guidon de transfert)
  - Moyens de déplacement approprié si nécessaire (cannes, déambulateur...)
- Un tensiomètre

## 8. Déroulement :

### Avant le lever :

- S'assurer qu'aucune contre-indication médicale ne limite le premier lever.
- Vérifier la prescription de bas ou de bandes de contention des jambes
- Connaître les capacités de mobilisation de la ou du patient avant l'hospitalisation.
- Réaliser une évaluation clinique infirmière avant le lever :
  - Vérification des paramètres vitaux, absence de vertiges, douleurs excessives, nausées et/ou vomissements, absence de trouble de la conscience, vérification de la plaie opératoire
  - Contrôler les déficits sensitivomoteurs
  - Évaluer la capacité de mobilisation du ou de la patiente et le nombre de personnel requis pour cette mobilisation
- Informer la ou le patient :
  - Expliquer l'objectif du premier lever et rassurer sur le processus.
  - Demander au ou à la patiente de signaler toute sensation anormale (malaise, douleur).
- Mesures préalables à la mobilisation de la ou du patient :

**1. Sécurisation de l'espace de mobilisation :** Vérifier l'absence totale d'obstacles au sol pouvant compromettre la sécurité des patients et patientes ou du personnel soignant : fils électriques, sacs, mobilier inapproprié, équipements médicaux mal positionnés. L'environnement doit être **dégagé pour prévenir tout risque de chute ou d'encombrement**.

**2. Contrôle du matériel de soins** S'assurer que le lit est ajusté à une hauteur ergonomique facilitant la verticalisation du ou de la patiente. Vérifier la disponibilité, la fonctionnalité et la conformité des aides techniques à la mobilisation : déambulateur, cannes, appuis stabilisateurs. *L'ensemble du matériel doit être à portée de main, propre et en bon état de fonctionnement.*

**3. Mise en place d'un dispositif d'assistance en cas d'urgence :** Prévoir une solution rapide de communication en cas d'incident (système d'appel malade,

# Premier lever d'un ou une patiente adulte, après une intervention chirurgicale ou après un examen invasif, sans pose de drain ni restriction de mobilisation

téléphone de service). Organiser l'espace de manière à disposer d'un fauteuil ou d'un lieu sécurisé à proximité immédiate du lit, pour pouvoir y transférer la ou le patient rapidement en cas de malaise, d'hypotension orthostatique ou de déséquilibre. Informer un ou une collègue de la mobilisation si le ou la patiente présente des facteurs de risque.

## Pendant le lever:

**Situation n°1 :** La ou le patient est indépendant pour sa mobilisation et peut le faire sans aide. Laisser le ou la patiente se lever seule. Une fois en position debout, maintenir cette position 1 à 2 minutes pour évaluer d'éventuels étourdissements.

**Situation 2 :** La ou le patient nécessite une assistance ou exprime le besoin d'être aidé

### 1. Passage en position assise au bord du lit :

- Si le ou la patiente est partiellement autonome
  - L'accompagner dans le transfert en monobloc (se mettre sur le côté, basculer les jambes hors du lit et se relever en appuyant sur son coude homolatéral)
  - Favoriser la respiration, une fois assis
- Si la ou le patient est dépendant :
  - Mobiliser le ou la patiente en l'accompagnant au niveau du tronc (dos/épaules) et des membres inférieurs pour le ou la faire pivoter en position assise.
  - Maintenir le ou la patiente en position assise pendant 1 à 2 minutes afin d'observer la tolérance à la mobilisation (signes de vertiges ou d'hypotension orthostatique).

### 2. Transition vers la station debout :

- Inviter la ou le patient à positionner ses pieds au sol et à utiliser ses bras comme levier pour se redresser.
- En cas d'utilisation d'une aide technique (déambulateur, canne, cadre de marche), positionner l'appareil à proximité immédiate du ou de la patiente pour favoriser un appui sécurisé une fois debout.
- Si besoin, apporter un soutien physique (prise de sécurité, maintien au niveau du tronc ou sous les bras) pour accompagner le redressement progressif.

### 3. En position debout :

- Marche : Proposer une marche assistée sur quelques mètres si la stabilité est suffisante. En cas d'instabilité, installer la ou le patient sans délai dans un fauteuil adapté.
- Installation au fauteuil : S'assurer que le ou la patiente soit confortablement installée, en toute sécurité, avec les dispositifs d'alerte et de confort à portée de main.
- Évaluation post-mobilisation : Surveiller les constantes vitales et l'état clinique général (signes de malaise, douleur, nausées, vomissements) pour évaluer la tolérance à l'effort.

Premier lever d'un ou une patiente adulte, après une intervention chirurgicale ou après un examen invasif, sans pose de drain ni restriction de mobilisation

#### 4. *Éducation thérapeutique du patient :*

- Informer le ou la patiente sur les étapes suivantes du plan de mobilisation.
- Encourager la ou le patient à mobiliser ses membres inférieurs régulièrement.
- Expliquer les bénéfices de la mobilisation pour la récupération
- Sensibiliser le ou la patiente aux signes d'alerte à signaler (douleurs intenses, malaise, essoufflement).

#### 5. *Transmissions et traçabilité :*

- Documenter l'intervention : Noter dans le dossier les observations faites pendant la mobilisation (réactions, difficultés éventuelles, besoin de soutien supplémentaire). Valider le soin comme « effectué ».
- Réaliser et documenter une EVA à la mobilisation.
- Si le soin est effectué par une ASA, transmettre à l'infirmière ou l'infirmier la réalisation du soin, des signes de tolérance ou d'intolérance du ou de la patiente, de la difficulté rencontrée et des adaptations pour les prochains levers.
- Adapter les interventions groupées (IG) de mobilisation

#### 9. **Références :**

- <https://pub.swissmedical.net/inside-news/cva/20211115-interview-paulo-da-cunha-ribeiro/>
- <https://www.guldmann.com/fr/solutions/domaine-dexpertise/mobilisation-precoce/>
- [https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/12/2013\\_RFE\\_mobilisation.pdf](https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/12/2013_RFE_mobilisation.pdf)
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1279796022000390>
- [https://shs.cairn.info/article/VUIB\\_AMELI\\_2021\\_01\\_0438?tab=texte-integral](https://shs.cairn.info/article/VUIB_AMELI_2021_01_0438?tab=texte-integral)
- <https://revue-mir.srlf.org/index.php/mir/article/view/334/296>

#### 10. **Personnes rédactrices :**

COLAS Christine, responsable d'équipe de soins, département de chirurgie

#### 11. **Personnes relectrices et validatrices**

BARTOLOMEI Benoît, responsable d'équipe de soins, service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur

DEGREMONT Christine, adjointe responsable des soins, département des neurosciences cliniques

DERIVE Elodie, responsable d'équipe de soins, service de chirurgie viscérale

DUL Stéphanie, adjointe responsable des soins, département de médecine

FOURQUET Nicolas, quality officer, département de chirurgie

## Premier lever d'un ou une patiente adulte, après une intervention chirurgicale ou après un examen invasif, sans pose de drain ni restriction de mobilisation

HOUDART Stéphane, physiothérapeute responsable, département de chirurgie  
MAFFIOLETTI Charlotte, Responsable d'équipe de soins, service de chirurgie viscérale  
NAVAS Samuel, précédemment responsable d'équipe de soins, service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur  
QUESTROY Paul, responsable d'unité de soins, département de chirurgie

*Cette procédure est placée sous la responsabilité de la Direction des soins et de la Direction médicale et qualité des HUG. Elle s'adresse à tous les professionnels et professionnelles de la santé travaillant aux HUG et, à titre informatif, au public dans un souci de partage de connaissances.*

*Les HUG déclinent expressément toute responsabilité en cas d'utilisation inappropriée ou illicite de ce document hors des HUG.*